Aus der III. Medizinischen Universitäts-Poliklinik Berlin
(Leiter Prof. Dr. Unverricht)
und der Lungenheilstätte Grabowsee bei Oranienburg
(Chefarzt Dr. Wohlfarth)

Klinischer und röntgenologischer Beitrag zur Frage der intrathoracalen Lymphdrüsentbc. des Erwachsenen und deren Folgen.

☼

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des
Medizinischen Doktorgrades
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Hans Joachim Felsmann
aus Berlin

Tag der Promotion: 21. Januar 1939.

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei Robert Kleinert, Quakenbrück 1938

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Professor Dr. Siebeck.

Referent: Professor Dr. Unverricht.

Korreferent: Professor Dr. von Bergmann.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543922_0159

Wenn in diesem Beitrag von der Lymphdrüsentbc. des Erwachsenen und besonders von deren Erkennung und Folgen gesprochen wird, so sollen speziell die Tuberkulosen damit erfaßt werden, die im Erwachsenenalter mit vorzugsweiser Lokalisation im lymphatischen Apparate sich abspielen, und durchaus, was Ausdehnung und Beschwerden anbetrifft, den Typ der kindlichen Lymphdrüsentuberkulose zeigen können. Sind es doch gerade die Fälle, die häufig unter dem Bilde von Aleukämien, der Lymphogranulomatose (Lgr.) und auch anderer Tumoren verlaufen, und infolgedessen häufig klinische und röntgenologische differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Besonders ist es bekanntlich die Lgr., die die Abgrenzung gegen Tbc., besonders wenn es sich um mehrfach beobachtete Mischformen handelt, häufig unmöglich macht.

Anlaß zu dieser Arbeit gaben zwei außerordentlich interessante Fälle — interessant hinsichtlich des Verlaufs und hinsichtlich der diff.-diagn. Schwierigkeiten, die beiden Fällen gemeinsam waren, —, deren Diagnose in dem einen Fall gesichert ist durch eine Serie von Röntgenaufnahmen und durch den klinischen Verlauf, jedoch in Fall 2 nicht intra vitam, sondern erst durch die Sektion gestellt wurde.

Fall 1 verlief unter dem Bilde von doppelseitigen Hilusdrüsenabszessen, die spontan durchbrachen und zu allmählicher Ausheilung führten, der andere Fall als generalisierte Lymphdrüsentuberkulose, bei der besonders große intrathoracale Drüsenpakete (sowohl der Bronchial- als auch der paratrachealen Drüsen) imponierten mit Perforation erweichter Drüsen in den Oesophagus und in den Bronchialbaum. Unter zunehmender Kachexie hier schließlich Exitus letalis.

Beide Fälle erscheinen wert, in aller Breite mit Erwägung der differentialdiagnostischen Möglichkeiten und Schwierigkeiten bearbeitet zu werden.

Es ist zu betonen, daß tuberkulöse Drüsenprozesse auch im Erwachsenenalter und besonders bei älteren Leuten, wenn auch nicht in dem Extrem, das zum typischen Krankheitsbild wie im Kindesalter führt, so doch als Begleiterkrankung oder als reiner Nebenbefund, klinisch, röntgenologisch oder durch Sektion erhoben, häufiger vorkommen als früher allgemein angenommen wurde. Dennoch hat eine ausgedehnte Lymphdrüsentbc., wie sie im Kindesalter zum Bilde der Tuberkulose gehört, im Erwachsenenalter als atypisch zu gelten, besonders wenn die Lymphdrüsen die einzige Manifestation sind oder die Tbc. der anderen Organe, z. B. der Lungen, im Verhältnis zum Befallensein des lymphatischen Apparates nur geringfügig ist. Vielmehr sind mit zunehmendem Alter vorwiegend andere Erkrankungen die Ursache ausgedehnter Drüsenprozesse.

Warum im späteren Lebensalter in seltenen Fällen das Bild der jugendlichen Tuberkulose auftritt, ist noch völlig ungeklärt.

Die immunbiologischen Erwägungen mit Verschiebungen in der Immunitätslage, die von manchen Autoren geltend gemacht werden und vielleicht auch für die Pubertät und Schwangerschaft zutreffen mögen, erklären jedoch das Auftreten der fortschreitenden käsigen Lymphdrüsentuberkulose nur in einem Teil der Fälle und sind demnach unzulänglich, worauf auch Esser hinweist.

Bemerkenswert ist, daß beim Studium der einschlägigen Literatur ein großer Prozentsatz der Fälle vom weiblichen Geschlecht gestellt wird. Auch in den Fällen dieser Arbeit handelt es sich um Frauen.

Bald stehen die Schrumpfungsvorgänge bei der intrathoracalen Drüsentbc. im Vordergrund, bald dominieren exsudative Vorgänge, u. U. mit Bildung von Drüsenabszessen. Nur ausnahmsweise erfolgt im höheren Alter eine Abszeßbildung bei tuberkulösen Drüsen, die dann auch vorübergehend stürmische Erscheinungen machen kann. Eine Abszeßbildung bei tuberkulöser Lymphadenitis allein ist recht selten, meist dürfte die eitrige Einschmelzung der verkästen Lymphdrüsen die Folge einer Mischinfektion mit Eitererregern sein, die z. B. von der Trachea dorthin gelangen.

Die Mischinfektion geht meist mit Nachtschweißen, Temperaturzacken einher, aber mitunter macht sie auch recht wenig Allgemeinsymptome.

Die klinischen Erscheinungen der tuberkulösen Drüsentumoren entsprechen im allgemeinen den bekannten Tumorsymptomen. Die Stellung der klinischen Diagnose „Tumor“ wird ja für gewöhnlich dem path.-anatomischen Charakter des vermeintlichen Tumors nicht gerecht.

Je nach der Ausdehnung, der Konsistenz, der Malignität und Benignität eines Tumors sind die Symptome (Atemnot, Schluckbeschwerden, Hustenattacken, Blutungen usw.) natürlich verschieden stark ausgeprägt.

Bei Prozessen, die nur röntgenologisch als Tumor erscheinen (z. B. Abszesse, Cysten), sind die klinischen Symptome in der Regel spärlicher als bei echten Tumoren.

So finden wir bei ausgedehnten Hilusabszessen außer einem Reizhusten u. U. relativ wenig Erscheinungen.

Die Folgen der intrathoracalen Drüsentbc. sind recht mannigfaltig. Kompressionserscheinungen auf die Nachbarschaft in allen Variationen (vom Reiz über mehr oder minder ausgeprägte Stenosen bis zum vollständigen Verschluß der Atmungswege). Nicht selten, gerade bei älteren Leuten, durch Arrosion von Blutgefäßen schwere Hämoptoen, deren Ausgang meist immer letal ist.

Eine weitere Folge ist die Perforation erweichter und verkäster Drüsen im Oesophagus, Trachea und Bronchien, wobei es u. U. spontan durch die Käsemassen zu einem Verschluß der Bronchien mit lebensbedrohlichen Erscheinungen kommen kann. Bei Drüsenabszessen hingegen kann eine Perforation in den Bronchialbaum sich insofern günstig auswirken, als in diesem Falle die Eitermassen leicht ausgehustet werden können. Nach der Entleerung beobachten wir dann häufig eine

vollständige Ausheilung. Allgemein besteht bei allen Perforationen, besonders bei längere Zeit anhaltenden Nachschüben, die große Gefahr, daß es zu mehr oder minder ausgedehnten Aspirationsherden in den Lungen kommt. Dadurch kann das Bild erheblich kompliziert werden. Denn jetzt besteht die Möglichkeit der Entstehung einer käsigen Pneumonie, einer Gangrän und nicht zuletzt einer durch die chronische Eiterung hervorgerufenen allgemeinen Amyloidosis.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen in tuberkulösen Abszessen bzw. im Auswurf solcher Kranken gelingt meist nur im Beginn, wissen wir doch, daß ein Zugrundegehen der Tuberkelbazillen im Zelldetritus erfolgt. Je später ein tuberkulöser Drüsenabszeß durchbricht, um so weniger ist damit zu rechnen, daß wir Tuberkelbazillen finden. So kommt es dann nach einer Perforation u. U. nur zu unspezifischen Aspirationsherden in den Lungen, wodurch die Prognose natürlich erheblich gebessert wird. Von den stinkenden Abszessen unterscheiden sich die tuberkulösen sehr wesentlich und zwar durch ihre gute Prognose.

Ein Zeichen des Drüsendurchbruchs ist die circumscripte Schmerzhaftigkeit zwischen den Schulternblättern und auch hinter dem Sternum. Der Schulterschmerz war auch in dem einen Fall dieser Arbeit zu beobachten. Ein weiteres Zeichen erfolgter Perforation ist die plötzliche Entleerung von großen eitrigen Sputummengen und nach erfolgter Aspiration in den Lungen das häufig veränderte klinische und das vollkommen veränderte röntgenologische Bild.

So ist es möglich, selbst wenn zur Zeit der Perforation und auch später das Allgemeinbefinden wenig oder garnicht beeinträchtigt war, allein auf Grund obiger klinischer Symptome durch genaues Erheben der Anamnese nach geraumer Zeit noch den Zeitpunkt der Perforation zu rekonstruieren.

An sich ist die Perforation von tb. Lymphdrüsenpaketen bzw. tb. Drüsenabszessen keine Besonderheit, in der Literatur sind derartige Ereignisse in großer Zahl beschrieben, meist von Pathologischen Anatomen. Jedoch ist über die genaue klinische Beobachtung ausgedehnter tuberkulöser Drüsentumoren recht wenig zu finden. Der Hauptgrund mag, wie schon angedeutet wurde, wohl daran liegen, daß diese Prozesse wegen ihrer Ungewöhnlichkeit meist erst auf dem Sektionstisch diagnostiziert werden nach erfolgter tödlicher Perforation oder Pulmonalisarrosion, und sonst intra vitam unter allen möglichen anderen Diagnosen laufen.

Die Schwierigkeiten in klinischer und röntgenologischer Hinsicht zwecks Abgrenzung der tumorartig verlaufenden Tuberkulose gegenüber anderen Erkrankungen sind u. U. recht erheblich, wenn nicht durch den Lungenbefund eine Tbc. eindeutig festgestellt wird. Aber auch dann können noch Schwierigkeiten bestehen, finden wir doch nicht selten eine Vergesellschaftung von Tuberkulose mit anderen Prozessen.

Auf die richtige Diagnose kommt man in vielen Fällen nicht aufgrund des Augenblicksbefundes, sondern aufgrund des Verlaufs und womöglich an Hand einer Serie von Röntgenaufnahmen.

Allein die Discrepanz zwischen dem Röntgenbefund und dem Allgemeinbefinden weist uns häufig auf das Vorliegen einer Tuberkulose hin.

Da ein Großteil der gegenüber der tumorartigen Drüsentuberkulose differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Prozesse sich im Bereich der Lungenwurzel abspielt, so soll in diesem Zusammenhang kurz, soweit es nicht bei der Erörterung der Fälle geschieht, auf eine Reihe auch seltener vorkommender Erkrankungen eingegangen werden, die nicht zuletzt durch die Verfeinerung der Röntgentechnik häufiger diagnostiziert werden. Es ist zu hoffen, daß hier besonders die Tomographie weitere Möglichkeiten eröffnet, die uns die röntgenologischen und klinischen Methoden bislang versagt haben, in der Hauptsache wegen der Gemeinsamkeit vieler Prozesse in ihren klinischen Symptomen.

Die hier zu besprechenden Erkrankungen seien aus obigen Gesichtspunkten unter der großen Rubrik „Tumor“ zusammengefaßt.

Von den Mißbildungen, die sich in der Hilusgegend zeigen, sind in erser Linie die Teratome zu nennen. Ferner können Dermoidcysten diagnostische Schwierigkeiten machen. Wichtige Hinweise können hierbei u. U. röntgenologisch der Nachweis von Zähnen und klinisch das Auffinden von Haaren im Sputum sein.

Auch bei Echinococcuscysten mit Sitz in der Nähe des Hilus kann die röntgenolog. Untersuchung bei Fehlen des charakt. kugeligen, scharf begrenzten Schattens auf dem Rö.-Bild unzureichend sein. Neben der Perforation in einen Bronchus besteht bei diesen Cysten auch die Möglichkeit der Entstehung von Abszessen.

Ferner kommen Koniosen, besonders die Silikosen, in Betracht, die häufig tumorartig am Hilus lokalisiert sind und infolgedessen auch klinisch tumorartige Erscheinungen machen können. Das klinische Bild ist meist nur wenig charakteristisch. Hauptsächlich lenkt uns hier der Beruf und die Anamnese auf den richtigen Weg.

Auch sind Fremdkörperabszesse in jener Gegend beobachtet worden, die zuweilen hochentzündlich verlaufen. Sie können von alten Schußverletzungen herrühren und nach geraumer Zeit noch zur Reaktion gelangen. Derartige Ereignisse sind in den vergangenen Jahren, d. h. noch 20 Jahre nach dem Weltkrieg, mehrfach eingetreten.

Wie an anderen Organen kommt die Lues auch in der Lunge und besonders im Hilusbereich als interstitielle und als gummöse Form vor. Während das Gumma natürlich schon röntgenologisch als Tumor erscheint und dementsprechend klinisch sich auswirkt, kann die interstitielle L., wenn sie schon länger besteht, auch tumorartige Erscheinungen machen. Zu betonen ist, daß der Wa.R. nicht absolut entscheidend ist, denn Cancroide und Magen-Darm-Carcinome haben in einzelnen Fällen einen positiven Wa.R. ohne Vorliegen einer Lues. Andererseits bedeutet auch ein negativer Wa.R. nicht immer, daß keine L. vorliegt.

Weiter sind es im hinteren Mediastinum lokalisierte Ganglineurome, die im Rö.-Bild bei sagittaler Aufnahme als Hilustumoren imponieren. Die Schwierigkeiten der Darstellung der Prozesse im hinteren Mediastinum, vor allem der dort beginnenden Bronchialcarcinome, sind bekannt. Sie sind in letzter Zeit durch die Tomographie in frontalen Schnitten vermindert worden.

Betreffs der häufigsten malignen Geschwülste im Hilusgebiet, der Carcinome, sowie der Leukämien und der Lgr. sei auf die folgenden Seiten verwiesen.

Hypernephrome setzen mit Vorliebe in die centralen Lungenteile, in Hilusnähe, Metastasen.

Zu erwähnen sind auch die wenig beschriebenen intrabronchialen Cylindrome und die mykotischen Aneurysmen der A. pulmonalis, die sich als Tumoren am Hilus markieren.

Die klinischen Symptome aller dieser Prozesse sind, wie schon betont, mehr oder minder raumbeengende Erscheinungen. Zu achten ist daher vor allem auf den klinischen Verlauf und die eventuell eintretenden Komplikationen (Perforationen, Blutungen, Atelektasen). Entscheidend ist jedoch die Malignität oder Benignität.

Die Röntgenologie hat ihre Aufgabe sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Wichtig ist in diagnostischer Hinsicht das Verhalten des „Tumors" zur Umgebung, die Konturform und Konturschärfe des Schattens und der etwaige Nachweis von Atelektasen, therapeutisch die Reaktion auf Bestrahlung.

Bei der häufigen Kombination der eben erwähnten Prozesse mit Tuberkulose ist die Abgrenzung schwierig, wenn nicht unmöglich.

Beschreibung der Fälle.

Fall I. Marg. B., geb. 1903.

Keine tuberkulöse Belastung. Als Kind oft Drüsenerscheinungen. Zwischen dem 10. und 17. Lebensjahr häufig Anginen. Seit dieser Zeit keine Erkrankungen mehr. Keine venerische Infektion. Seit Anfang Juni 1929 bestehen bei der Patientin starker Husten, sehr starke Nachtschweiße, etwas Mattigkeit. Kein Fieber, keine Schmerzen. Auswurf zunächst nicht, später sich allmählich einstellend. Wegen Zunahme der Beschwerden kommt P. am 2. Juli 1929 ins Krankenhaus.

Befund: Mäßig guter E.Z. u. K.Z. Tonsillen zerklüftet, keine Pfröpfe. Drüsen am Kieferwinkel rechts. Herz o. B. Lungen: r. h. o. vereinzelt nicht klingende R.G.'s. Milz und Leber nicht vergrößert. Dermographismus ++.

Röntgenaufnahme des Thorax vom 4. 7. 29 (Abb. I): Hili verbreitert, sonst o. B.

Verlauf: Temperaturen stets normal. Nachlassen des starken Hustens. Sputum bräunlich, gering, keine Tuberkelbazillen. Wa.R., Meinicke, Pirquet negativ, Blutsenkung 4 Stunden. Urin: Alb. —, im Sediment einige Epithelien. Nach wie vor gutes Allgemeinbefinden. Gewichtsabnahme vom 2. 7. bis 31. 7. 1929 1,2 kg.

Röntgenaufnahme vom 26. 7. 1929 (Abb. 2) zeigt keinen veränderten Befund.

Blutbild (13. 7. 29): Bas. 1, Eos. 6, Jugendl. 1, Stabk. 3, Segmentk. 56, Lymph. 19, Monoc. 14.

Nach Besserung der Beschwerden (Nachlassen des Hustens und Verschwinden des Auswurfs) wird Pat. am 31. 7. 29 aus dem Krankenhaus entlassen.

Entlassungsdiagnose: Bronchitis.

Besprechung und Auswertung der Rö-Bilder:

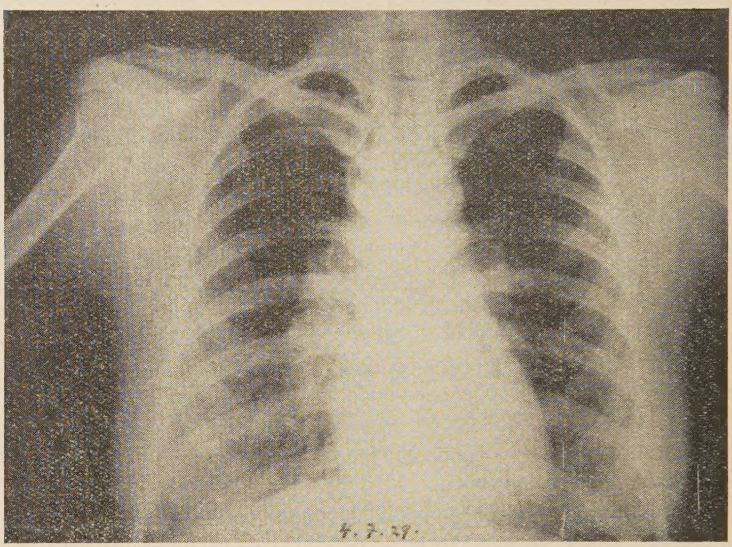

Abbildung 1.

Man sieht beiderseits stark verbreiterte Hili. Der rechte Hilus ist auffallend wellig konturiert. Rechtes Zwerchfell uneben. Vom rechten Hilus medial zum Zwerchfell starke Zeichnung. Linker Hilus rundlicher. In den Spitzenfeldern keine deutlichen Veränderungen.

Auswertung: Allein auf Grund des Rö-Bildes könnte man zu folgenden Differentialdiagnosen kommen:

1. Lymphogranulomatose (Lgr.)
2. Hilusdrüsentbc. (als Tumor oder als Abszeß).
3. Mischinfizierter tb. Drüsenprozeß z. B. durch chronischen Prozeß (Tonsillen).
4. Unspezifischer Drüsenprozeß (nach Infektionskrankheiten), z. B. bei Grippe.
5. Leukämische bzw. aleukämische Lymphadenosen.
6. Maligne Tumoren.

(7. Lues.)

(8. Stauungslunge.)

ad 1. Nach dem klinischen und röntgenologischen Befund könnte man in erster Linie an eine Lgr. denken, zeichnet sich doch häufig eine Lgr. derart auf dem Rö.-Bilde ab, wenn es auch ein typisches Rö.-Bild für Lgr. nicht gibt. Für Lgr. sprechen das Freibleiben der Lungen, der negative Bazillenbefund und das doppelseitige Befallensein (d. h. beider Hili). Auch unter Berücksichtigung des Blutbildes (Monocytose, Lymphopenie, Eosinophilie) könnte man in der Diagnose gestärkt werden. Nach Ansicht der meisten Autoren berechtigt jedoch weder

ein einziges Blutbild noch der Vergleich der Veränderungen desselben nach einer gewissen Zeit zur Stellung der Diagnose. Das Hämogramm wird immer nur ein diagnostisches Hilfsmittel sein. Zu achten ist vor allem auf die Tendenz der röntgenologisch sichtbaren Hilusprozesse zum Wachstum und auf die etwaige spätere Beteiligung anderer Drüsen bzw. Drüsengruppen. Hierdurch kann u. U. die Vornahme einer Probeexcision und damit eine eindeutige Klärung ermöglicht werden.

ad 2. Selbstverständlich ist trotz des negativen Bazillenbefundes, trotz des Vermissens eines Lungenherdes an einen spezifischen Infekt, d. h. an eine Tuberkulose, sei es nun in Form eines verkäsenden Tumors oder einer Abszeßbildung, zu denken. Gegen Tbc. spricht weder der negative Bazillenbefund noch das doppelseitige Befallensein; dennoch ist eine derartige lymphatische Reaktion der Erwachsenentuberkulose ungewöhnlich, denn im allgemeinen erreichen die Drüsen selten diese Ausmaße, wenn sie verkäsen. Für einen Abszeß und gegen eine Tumormasse sprechen die relativ geringen klinischen Erscheinungen, trotz der Ausdehnung der Prozesse. Man könnte annehmen, daß es sich um eine ausgedehnte Lymphdrüsentbc. vom kindlichen Typus handelt. Auch hier dürfte, wie bei dem Verdacht auf Lgr., allein der Verlauf und nicht der augenblickliche Befund entscheiden.

ad 3. Ein mischinfizierter Drüsenprozeß ist nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Es ist möglich, daß sich auf eine bestehende Tbc. (die häufigen skrofulösen Erscheinungen in der Kindheit sprechen dafür) hier eine Mischinfektion, die vielleicht von den Tonsillen ihren Ausgang genommen hat, aufgepfropft hat und auf dem Rö.-Bild als Abszeß imponiert. Für diesen Weg über die Trachea spricht die doppelseitige Beteiligung der Hilusdrüsen. Also ernsthaft ist diese Möglichkeit bei dem negativen Bazillenbefund, dem negativen Lungenbefund und bei dem relativ guten Allgemeinbefinden in Betracht zu ziehen.

ad 4. Selbstverständlich kann auch ein unspezifischer Drüsenprozeß ohne tuberkulöse Genese etwa bei einer Grippe derartige Bilder zeigen, aber für eine durchgemachte akute vorherige Infektion ist gar kein Anhaltspunkt vorhanden, sodaß diese Möglichkeit ausscheidet.

ad 5. Leukämische und aleukämische Lymphadenosen kommen ferner in Betracht. Das Blutbild schließt die Leukämie aus, bleibt nur eine Aleukämie übrig, die nicht ohne weiteres abzulehnen ist Entscheidend auch hier der Verlauf.

ad 6. Gegen einen malignen Prozeß spricht die doppelseitige Hilusbeteiligung. Die scharfe Begrenzung gegen das umgebende Lungengewebe ist kein Gegenbeweis, besonders im Frühstadium nicht selten, obwohl man im allgemeinen doch einen verwaschenen, unscharf begrenzten Uebergang beobachtet. Die Klärung dürfte recht bald die klinische Entwicklung bringen.

ad 7. Ein Anhaltspunkt für eine tertiäre L. ist nicht gegeben. Das Rö.-Bild ist auch ungewöhnlich für eine L., sowohl die sich im Hilusbereich abspielende interstitielle, als auch die gummöse Form zeigt andere Rö.-Bilder.

ad 8. Auch eine Stauungslunge käme u. U. in Betracht. Im allgemeinen ist jedoch der Gefäßschatten nicht so wellig konturiert wie der Drüsenschatten und der Uebergang verwaschener. Für eine Stauung im kleinen Kreislauf ist klinisch auch kein Anhaltspunkt gegeben.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß nach dem bisherigen Verlauf eine Lgr., eine Tbc., eine mischinfizierte Lymphadenitis und eine Aleukämie in Betracht zu ziehen sind. Auffallend sind die relativ geringen Symptome, das Ausbleiben von Fieber und die normale Senkung.

Kurz vor der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde die zweite Aufnahme gemacht.

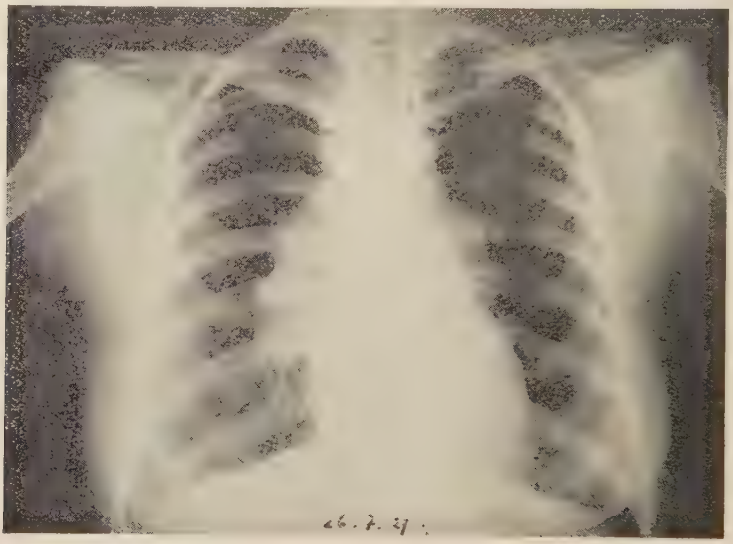

Abbildung 2.

Besprechung und Auswertung:

Man sieht deutlich eine weitere Ausbuchtung des Hilusschattens, besonders rechts, im geringen Maße auch links. Man könnte sagen, daß der Schatten vor allem rechts jetzt schärfer konturiert erscheint.

Die auf dem vorigen Bild angegebenen differentialdiagnostischen Möglichkeiten bleiben bestehen. Eine Verschlechterung des klinischen Zustandes ist nicht eingetreten, eher vielleicht eine durch den Krankenhausaufenthalt bedingte subjektive Besserung. Die röntgenologischen Veränderungen in den verflossenen 3 Wochen sind jedoch eindeutig.

Wie schon erwähnt, wurde die Pat. am 31. 7. 29 als gebessert aus dem Krankenhaus entlassen. P. ging wieder ihrer Arbeit als Verkäuferin nach. Der Husten nahm jedoch wieder erheblich zu. Mitte August 1929 empfand sie plötzlich einen sehr intensiven Schmerz zwischen den Schulterblättern, vor allem auf der rechten Seite, verbunden mit starker Atemnot. Der Schmerz

war nach kurzer Zeit wieder verschwunden, aber trotzdem blieb die Patientin zwei Tage im Bett, da das Allgemeinbefinden etwas beeinträchtigt war. Gleichzeitig setzte starker Auswurf ein. P. maß diesem Ereignis aber keine Bedeutung zu und teilte dem Verfasser auch erst Anfang 1930 mit. Die Temperaturen waren in dieser Zeit leicht erhöht. Wegen zunehmender Mattigkeit und Abgeschlagenheit wurde P. am 2. 12. 29 arbeitsunfähig und am 28. 12. 29 in die Heilstätte in H. überwiesen.

Die Gewichtsabnahme vom Juni 1929 bis Dezember 1929 betrug 10 kg!

Aufnahmebefund: E.Z. mäßig, Aussehen etwas blaß. Dermographismus ++. Auswurf mäßig, schleimig-eitrig. Atemnot bei Anstrengung. Temperaturen subfebril, Allgemeinbefinden leidlich. Keine Tuberkelbazillen im Auswurf. Harnbefund o. B. Blutsenkung 72 Minuten. Lungen: beiderseits scharfes ves.-bronch. Atmen über den mittleren und unteren Partien, rechts ausgesprochener. Keine sicheren Geräusche.

Rö.-Aufnahme: 30. 12. 29 (Abb. 3):

Im ganzen rechten und linken Mittel- und Unterfeld ausgedehnte infiltrative Verschattung, anscheinend beiderseits von den Hili ausgehend.

Blutbild 3. 1. 1930: Leukoz. 4500, Erythr. 5,2 Mill., Hb. 78 %, 1 Baso, 2 Eos, 5 Stabk., 59 Segm., 15 Lymph., 18 Mono., d. h. Leukopenie, Monocytose!

Aufnahmediagnose: Tbc. R III, L II.

Verlauf: Husten und Auswurf teils mäßig, teils stark. Am 11. 3. 30 wird ein rechtsseitiger Pneumothorax angelegt. Bei gutem negativen Druck Füllungen von 400—600 ccm in angemessenen Abständen. Lunge allseitig gut abgehoben. Husten und Auswurf nehmen allmählich ab. Blutsenkung noch immer stark beschleunigt. Tuberkelbazillen im Auswurf konnten nie nachgewiesen werden. Auf einem **Rö.-Bild vom Mai 1930** sieht man bis auf den Pnth. rechts einen kaum veränderten Befund gegenüber der Aufnahme vom 30. 12. 29. Nach halbjähriger Kur wird P. aus der Heilstätte entlassen.

Entlassungsdiagnose: Aktive Tbc. R III, L II. Erwerbsfähigkeit zur Zeit 0 %.

Abbildung 3.

Besprechung und Auswertung.

Im Vergleich zu den Aufnahmen vom 4. 7. und 26. 7. 29 ein vollkommen verändertes Röntgenbild. An Stelle des beiderseits gut abgesetzten Hilusschattens sieht man jetzt eine ausgedehnte, teils kleinfleckige, teils wolkige unregelmäßige Verschattung beider Mittel- und Unterfelder, besonders stark rechts, während die Oberfelder vollkommen frei von Veränderungen sind. Besonders ohne das Vergleichsbild vom 26. 7. 29 könnte man annehmen, daß hier eine ausgedehnte Tbc. vorliegt.

Diff.-diagn. Möglichkeiten:

1. **tuberkulöse broncho-pneumonische Herde** als Ausdruck einer bronchogenen Metastasierung nach Durchbruch von verkästen Hilusdrüsen mit vorzugsweiser Beteiligung der mittleren und unteren Lungenfelder und Freibleiben der Spitzen, also der Typ der sog. Hilustbc.

Charakteristisch ist das verschleierte Rö.-Bild mit den unscharfen, verwaschenen, teils fleckigen, teils wolkigen, häufig konfluierenden Herden. Gegen eine hämatogene Streuung von seiten der Hilusdrüsen spricht natürlich das Befallensein nur einiger Lungenabschnitte. Eine rötgenologische Differenzierung gegen mehr oder weniger ausgedehnte broncho-pneumonische Herde bei Infektionskrankheiten ist selbstverständlich nicht möglich, aber klinisch ist hierfür kein Anhaltspunkt vorhanden, nach dem ganzen klinischen und röntgen. Verlauf wird man auch kaum daran denken können. Für den tuberkulösen Charakter dieses Bildes sprechen die relativ geringen Allgemeinsymptome. Wichtig für die Diff.-Diagnose wird natürlich besonders der Verlauf sein, wobei eine länger bestehende Infiltration unbedingt für eine Tbc. sprechen würde. Die Prognose dieser Herde ist nicht immer schlecht, sie können u. U. vollkommen resorbiert werden, wenn auch das Fortschreiten mit Zerfall die Regel ist.

2. **Multiple Abszesse:** als Folge einer Aspirationsaussaat nach Durchbruch von Hilusdrüsenabszessen, spezifischer oder unspezifischer Natur. D. h. bronchogen entstandene Abszesse als Folge einer lokalen Eiterung mit Sitz meist in den unteren Lungenabschnitten, im Gegensatz zu den hämatogen entstandenen miliaren Abszessen als Ausdruck einer Septicopyämie, bei denen wir analog der Miliartbc. auch eine regelmäßigere und betreffs der Größe der Flecke mehr einheitlichere Ausbreitung über sämtliche Lungenabschnitte erwarten.

3. **Pseudomiliare Carcinome:** im Anschluß an ein zerfallendes Carcinom. Auch hierbei sehen wir ähnliche Röntgenbilder mit unregelmäßigen, unscharfen Flecken und Verteilung nur über einzelne Lungenabschnitte, wenn auch meist größere Herde dominieren und auch meist eine feine Netz- und Strangzeichnung als Ausdruck der Infiltration der Lymphgefäße zu beobachten ist. Hier wird der weitere klinische Verlauf sehr bald eine Klärung nach der einen oder anderen Seite bringen.

4. **Disseminierte lymphogranulomatöse und leukämische Formen** sind außerordentlich selten. Diese Formen sollen nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

Nach dem ganzen klinischen Verlauf und nach den fast unveränderten Röntgenbildern vom Dez. 29 und Mai 30 kristallisieren sich besonders zwei Möglichkeiten heraus:

1. Tuberkulöse bronchogene Streuung nach Durchbruch von verkästen Hilusdrüsen und

2. multiple Abszesse durch Aspiration von Eiter durchgebrochener tuberkulöser Abszesse.

Vor allem die 2. Diagnose mit dem dauernden starken, schleimig-eitrigen, nicht stinkenden Auswurf, dem dauernden negativen Bazillenbefund, dem relativ guten Allgemeinbefinden, der Discrepanz zwischen diesem und der Schwere des Röntgenbildes wird immer wahrscheinlicher. Für Tuberkulose spricht eben der latente, protahierte, meist subakute Verlauf. Die Resorption dieser Herde und damit die Aufhellung der Röntgenbilder ist erst mit dem Versiegen des Eiterflusses aus den Drüsenabszessen zu erwarten. Eine primäre Abszeßhöhle im Hilusgebiet rechts sowie links ist weder auf dem Bild vom 28. 12. 29 noch auf dem Bild vom 14. 5. 30 mit absoluter Sicherheit nachzuweisen.

Leider war die Patientin während der vermutlich erfolgten Perforation der Hilusdrüsenabszesse in den Bronchialbaum im August 29 nicht in ärztlicher Behandlung, sondern P. kam erst nach fast 5 Monaten in die Heilstätte in H. nach 20 Gewichtsabnahme, nachdem sich aus dem akuten Zustand ein chronischer entwickelt hatte und demgemäß die Symptome immer uncharakteristischer geworden waren.

Kleine Abszesse, wie auf diesem Bilde, machen in der Regel keine charakteristischen Erscheinungen. Auch wenn beide Lungen von massenhaften miliaren Abszessen durchsetzt sind, können jedwelche Erscheinungen fehlen (wenn nicht plötzlich durch einen ungewöhnlich langen Verlauf vielleicht alarmierende Symptome von seiten anderer Organe auftreten), außer vielleicht etwas Husten, Mattigkeit, subfebrilen Temperaturen, bei sonst u. U. nur wenig beeinträchtigtem Allgemeinbefinden. Die Blutsenkung pflegt stets stark erhöht zu sein, auch finden wir meist eiweißhaltigen Harn. Mit der Dauer der Abszesse nimmt selbstverständlich die Gefahr eintretender Komplikationen zu. Hierbei ist besonders an eine Pneumonie, an Metastasen (vor allem ins Gehirn) und besonders an den nicht seltenen letalen Ausgang durch allgemeine Amyloidosis zu denken.

Wie schon erwähnt, erfolgte am 28. 6. 30 die Entlassung der Patientin aus der Heilstätte. Seit dieser Zeit blieb sie in dauernder Beobachtung der Lungenfürsorge. Der Pneumothorax wurde bis Oktober 1930 unterhalten, dann ließ man ihn eingehen wegen des doppelseitigen Lungenbefundes. Im November 1930 wurden zum ersten und einzigen Male **Tuberkelbazillen einwandfrei** nachgewiesen! Daraufhin erfolgte erneute Einweisung in eine Heilstätte und zwar am 26. 1. 31.

Befund: Wieder sehen wir fast einen unveränderten röntgenologischen Befund, wenn auch auf dem **Rö.-Bild vom 27. 1. 31** (Abb. 4) eine gewisse Aufhellung beider Lungenfelder unverkennbar ist und auch die Spitzenfelder besonders rechts jetzt auch mehr befallen sind. Der klinische Befund hingegen wird jetzt dadurch kompliziert, daß sich im Laufe der Zeit eine Nierenschädigung eingestellt hat, wohl als Folge der chronischen Eiterung (mit der damit verbundenen dauernden Resorption erheblicher Eitermengen) im Sinne einer Amyloidnephritis (dauernder Eiweißverlust, massenhaft Erythrocyten, Leukocyten, Epithelien, ferner im Sediment viele granulierte und hyaline Zylinder). Keine Hypertonie, keine Oedeme. Die Amyloidentartung der Niere ist bekanntlich die einzige, die große lebenswichtige Bedeutung hat und klinische Erscheinungen macht, sei es nun in Form der Amyloidnephrose

oder der Amyloidnephritis oder als höchster Grad in Form der Amyloidschrumpfniere, während die Amyloidose von Leber und Milz sehr lange verborgen bleiben kann. Die Prognose der Amyloidnephritis ist als günstig zu bezeichnen bei nicht zu starken und zu langen Eiterungen, d. h. ist sie zu beurteilen nach der Entwicklung des Grundleidens (in diesem Falle der Hilusdrüsenabszesse).

Lungenbefund: Bei im allgemeinen verschärfter Atmung hört man links oben vorn bis zur ersten Rippe, hinten bis zur Spina Scapulae feinblasiges, sehr spärliches Rasseln, ebenso l. u. v. und l. u. h. Ueber der rechten Lunge ebenfalls spärliches Rasseln.

Verlauf: Allgemeinbefinden gut bis leidlich. Keine Tuberkelbazillen im Auswurf, jedoch massenhaft Diplococcen.

Blutbild: Leukopenie (4000), Hb. 77 % Blutsenkung immer beschleunigt (im Anfang 55 mm Mittelwert, dann auf 63 mm steigend und zuletzt im November auf 28 mm fallend).

Rö.-Aufnahme vom Juni 31 gegenüber der Aufnahme vom Januar 31 unverändert.

Der schleimig-eitrige, nicht stinkende Auswurf betrug bis August 31 ca. 20—30 ccm pro Tag, hörte dann aber fast schlagartig auf, ebenso der Husten. Ueberhaupt gibt die Pat. an, seit dieser Zeit sich erheblich wohler zu fühlen und keine Beschwerden mehr zu haben. Hand in Hand mit dieser Umstimmung geht das Verschwinden der pathologischen Veränderungen im Rö.-Bild. Auf der Rö.-Aufnahme vom November 31 sieht man eine ganz erhebliche Aufhellung als Ausdruck des fortschreitenden Resorptionsprozesses der Aspirationsherde.

Wegen einer im Oktober 31 fast unmittelbar im Anschluß an die Aufhellung der Lungenfelder zunehmenden Vergrößerung der Halsdrüsen, die rechts Kleinpflaumengröße erreichen und sich ziemlich hart anfühlen, sich auch in den nächsten 7 Wochen kaum verändern, wird Ende November mit der Röntgenoberflächenbestrahlung der rechten Halsseite begonnen, die jedoch nach der 2. Sitzung wegen der Entlassung der Patientin aus der Heilstätte nicht mehr fortgesetzt wurde. Auch in dieser Zeit keine Temperaturerhöhung, dagegen zeigt das Blutbild eine Monocytose und eine deutliche Linksverschiebung. Nierenbefund bei der Entlassung unverändert.

Entlassungsdiagnose: Lungentbc.: geschlossene, fieberfreie Streuungstbc. aus einer rechtsseitigen Kaverne; Kindheitstyp einer sekundären Tbc.; Halsdrüsen.

Nebenkrankheiten: Amyloidose (Niere).

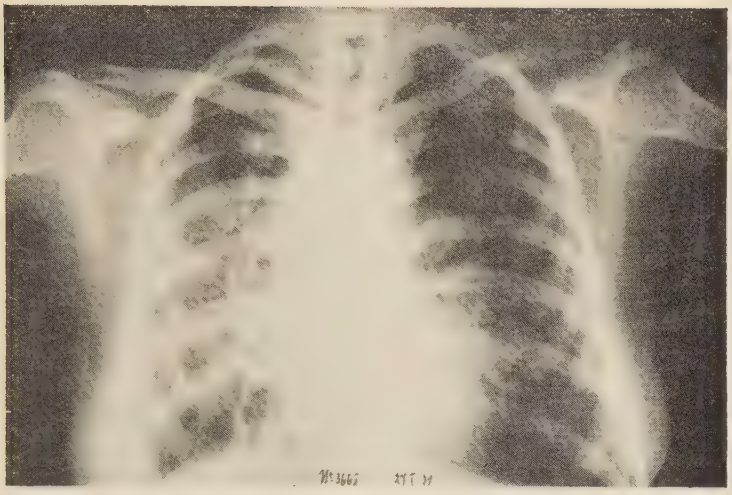

Abbildung 4.

Beide Lungenfelder, rechts stärker als links, von innen nach der Peripherie zu abnehmend, dicht, fast homogen, kleinfleckig verschattet, mit gerade noch erkennbarer Ringbildung am rechten Hilus (→). Zwerchfell beiderseits medial mit Adhäsionen. Herz und Mediastinum nach rechts verzogen. Im Gegensatz zu den früheren Aufnahmen erstrecken sich jetzt die pathologischen Veränderungen auf sämtliche Lungenabschnitte!! (Leider kommen die Einzelheiten auf dem Positiv nicht so zur Geltung.)

Auswertung:

Der Verdacht auf einen durchgebrochenen Hilusabszeß sowohl rechts als auch links bestätigt sich mehr und mehr, d. h. es zeigt sich wieder einmal, daß das Rö.-Bild meist erst charakteristisch wird, wenn die Abszeßhöhle sich entleert hat und dann auch keine ausgedehnte Infiltration in der Umgebung vorliegt. An Hand der fortlaufenden Röntgenaufnahmen kann man meist, wie auch in diesem Falle, den Rückgang der Höhle und damit den Uebergang in vollständige Heilung verfolgen.

Die Entleerung der Abszesse kann sehr langsam erfolgen. Bei dieser Patientin erstreckt sich das Bestehen der Aspirationsherde über 2 volle Jahre, erst dann hörten die Nachschübe aus den primären Hilusdrüsenabszessen auf.

Verlauf: Nach Entlassung aus der Heilstätte Ende November 1931 blieb die Pat. bis Februar 1936 unter ständiger klinischer und röntgenologischer Kontrolle vollkommen beschwerdefrei.

Die Halsdrüsen sind seit 1933 ohne jede Behandlung wieder verschwunden. Im Urin finden wir nur noch Spuren Eiweiß, im Sediment noch einige Epithelien. Das Blutbild zeigt eine Monocytose von 12 %. Blutsenkung 16 mm Mittelwert.

Das **Rö.-Bild vom 16. 2. 36** (Abb. 5) hat sicher keine pathologische Bedeutung mehr. Die vermehrte Streifenzeichnung ist wohl auf die langdauernden Reaktionen im Lungenparenchym zurückzuführen.

Zusammenfassung:

Nach der sich über 7 Jahre erstreckenden Beobachtung der Patientin und an Hand einer ganzen Serie von Röntgenaufnahmen, die zum Teil veröffentlicht werden, kann man abschließend sagen, daß es sich hier um doppelseitige Drüsenabszesse am rechten und linken Hilus, die sich auf den Röntgenbildern vom 2. 7. und 26. 7. 29 deutlich markieren, gehandelt hat, und zwar um Drüsenabszesse tuberkulöser Genese (einmaliger positiver Bazillenbefund, klinischer Verlauf) mit unspezifischen Aspirationsherden. (Erklärung hierfür siehe Einleitung.)

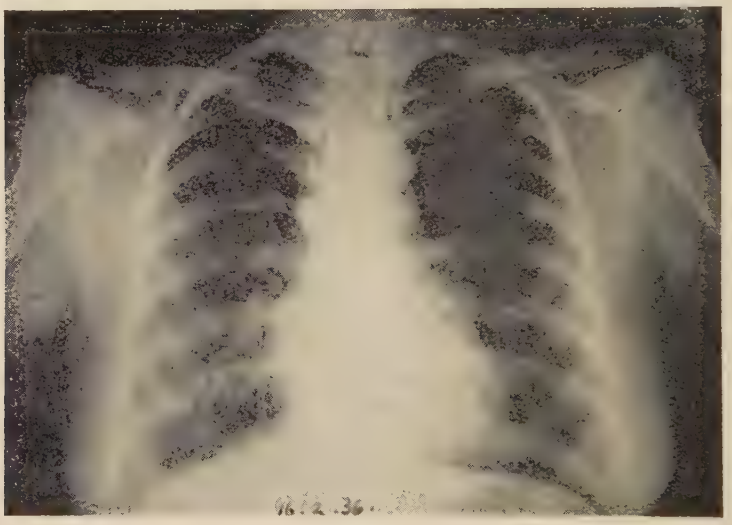

Abbildung 5.

Wir sehen in diesem Falle, charakteristisch für tuberkulöse Abszesse, trotz der sehr langen Dauer der Erkrankung einen gutartigen Verlauf und die schließliche Ausheilung.

Das lange Bestehen der Aspirationsherde in den Lungen bei dauerndem fast unverändert relativ gutem bis leidlichem Allgemeinbefinden (relativ in Bezug auf die Schwere des Röntgenbildes) spricht für ihre unspezifische Natur.

Im August 1929 erfolgte der Durchbruch der Abszesse sowohl rechts als auch links, wahrscheinlich unmittelbar hintereinander, spätestens jedoch in einem Abstand von drei Monaten, und verursachte die Aspirationsherde in beiden Lungen, die große differentialdiagnostische Schwierigkeiten machten. Die Resorption dieser Herde führte durch die dauernden Nachschübe zur Amyloidnephritis. Eine vollständige Resorption besonders in der rechten Lunge blieb innerhalb von zwei Jahren infolge der nachfolgenden Eiterschübe aus den Hilusabszessen aus, erst dann setzte schlagartig eine Aufhellung der Rö.-

Bilder, d. h. ein Verschwinden der Aspirationsherde, ein, mit einer von der Patientin auch subjektiv wahrgenommenen Umstimmung des Organismus!

Fall 2:

Fall 2 sei aus dem Grunde angereiht, weil auch hier sich gewaltige intrathoracale Drüsenpakete, sowohl der paratrachealen Drüsen (besonders der rechtsseitigen), als auch der Bronchialdrüsen (ebenfalls stark rechts ausgeprägt) als Ausdruck einer generalisierten Lymphdrüsen-Tbc. (wie sich später durch die Sektion ergab), bei röntgenologisch und klinisch nicht mit Sicherheit nachweisbarem pathologischen Lungenbefund vorfanden und dadurch ebenfalls große diff.-diagn. Schwierigkeiten machten.

Wegen des für die Erwachsenentbc. immerhin ungewöhnlichen Röntgenbefundes konnte hier erst die Diagnose durch die Sektion gestellt werden.

Es handelt sich um eine 51jährige Patientin. Eine tb. Belastung von seiten der Eltern ist nicht bekannt. Als Kind Keuchhusten, sonst gesund. Periode mit 13 Jahren, Amenorrhoe seit dem 27. Lebensjahr (Ursache nicht bekannt!). Keine Geburt, keine Fehlgeburt, keine venerische Infektion.

Seit 1921 nach seelischen Aufregungen „Herzleiden". Patientin war seinerzeit in Altheide und Kudowa zur Kur. Seit Ende 1928 ständig erhöhte Temperatur ohne lästige Beschwerden, nur geringes Mattigkeitsgefühl.

Im Mai 1929 hat P. plötzlich eine größere Menge gelblich-grüner Flüssigkeit ausgehustet. Seit dieser Zeit keine größeren Auswurfmengen mehr! Patientin klagt jedoch über allgemeine Schwäche und allmählich zunehmenden Reizhusten und befindet sich seit Ende 1929 in ärztlicher Behandlung. Es sind mehrere Röntgenaufnahmen vorgenommen worden, die erste am **15. 11. 29** (Abb. 6).

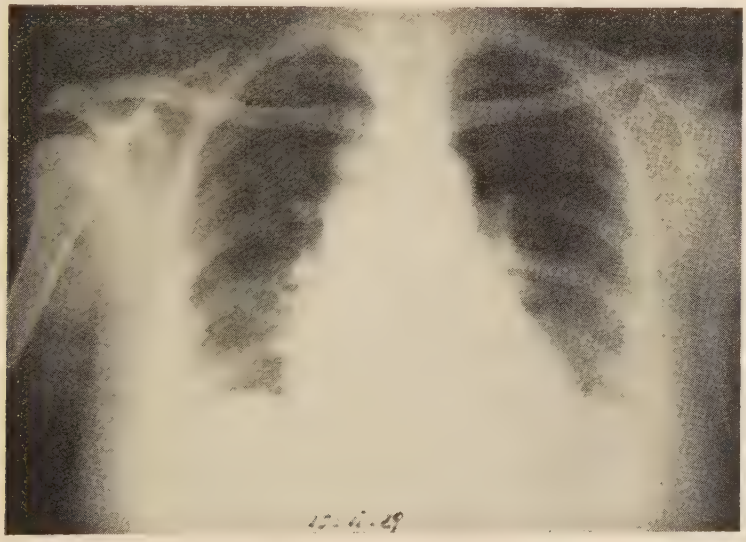

Abbildung 6.

Damalige Begutachtung: Nach rechts verlagerter Mediastinalschatten mit scharfem Rand gegen die Lunge absetzend. Unklarer Befund. Soll vor dem Schirm beobachtet werden.

Bei einer Aufnahme Anfang Dezember 1929 im 1. schrägen Durchmesser sieht man eine auffallend dichte Verschattung der rechten Hilusgegend in einer Ausdehnung von über Mannsfaustgröße.

Eine Wirbelsäulenaufnahme vom Januar 30 lenkt den Verdacht auf eine Spondylarthritis am 3. Brustwirbel.

Im Februar 30 stellt man eine Verdrängung des Oesophagus durch die erweiterte Aorta fest und diagnostiziert ein Aortenaneurysma.

Wegen zunehmender allgemeiner Schwäche und zunehmendem Husten erfolgt Ende Februar 1930 bei schlechtem Kräftezustand Aufnahme im Krankenhaus.

Aufnahmebefund: Bei der Durchleuchtung stellt man einen nach rechts und links verbreiterten Mediastinalschatten und auffallend breite Hili fest. Ferner eine von unten nach oben abnehmende Trübung der rechten Lungenseite mit vereinzelten Flecken im rechten Oberfeld.

Man denkt an einen Mediastinaltumor, an ein Bronchialca. und an eine Lgr.!

Klinischer Befund: Ueber den Lungen hört man bei im allg. abgeschwächtem Atemgeräusch rechts vereinzelt nicht klingende R.G.'s.

Herz: Töne rein, Aktion beschleunigt. Sehr breite Mitteldämpfung: rechts = 5 cm, links = 10 cm. R.R. 135/75.

Anzeichen einer Herzmuskelschwäche vorhanden. (Leichte Oedeme, Stauungsleber).

Abdomen: Leib weich, nirgends druckempfindlich. Leber 3 Querfinger unter dem Rippenbogen palpabel. Milz nicht fühlbar!

Blutsenkung 25 Minuten. Wa.R., Meinicke, S.G. negativ, Urin o. B.

Verlauf: Vom 1. 3. bis 21. 3. fast täglich Erbrechen. Am 10. 3. beginnt man mit der Röntgenbestrahlung der rechten Brustseite. Pat. klagt danach über Mattigkeit, Kopfschmerzen. Am 12. 3. folgt die 2., am 14. 3. die 3., am 19. 3. die 4. und am 21. 3. die 5. Röntgenbestrahlung der rechten Brustseite teils vorn, teils seitlich.

Die Rö.-Bestrahlungen verschlechtern unverkennbar den Zustand der Patientin.

Am 17. 3. fällt die Diazoreaktion positiv aus. Am 28. 3. zeigt das Blut nur noch einen Hb.-Gehalt von 55 % bei 3,6 Mill. Erythrocyten. Das weiße Blutbild weist eine erhebliche Linksverschiebung auf.

Die Leukocytenzahl (s. Tabelle) sinkt vorübergehend von 6000 über 3400 auf 2000, steigt dann wieder leicht an auf 3000 und 3600.

Tuberkelbazillen im Auswurf nicht nachgewiesen.

Unter zunehmender Kachexie, stärker werdendem Husten und anfallsweise auftretender Atemnot tritt am 27. 6. 30 der Exitus ein.

Die Blutbilder ergaben folgende Werte:

	22. 2.	7. 3.	28. 3.	2. 4.	9. 4.	15. 4.	13. 6.
Leukoc.	9000	6000	6000	3400	2000	3000	3600
Eos.	1	1	—	—	—	—	—
Stabk.	8	4	8			8	13
Segm.	50	50	58			55	33
Lymph.	31	32	29			26	32
Monoc.	10	13	5			11	18
Hb.	72 %	82 %	55 %				67 %
Erythr.	5 Mill.	3,6 Mill.					3,4 Mill.
Metamyeloc.	—	—				—	4

Gewichtsabnahme innerhalb 4 Monaten 11 kg (von 61 auf 50 kg).

Sektionsbericht:

Klinische Diagnose: Mediastinaltumor. Bronchialca.? Lgr.?

Sektionsbefund: Zwischen zweiter und dritter Rippe über dem Sternum, zwischen Sternum und Fettgewebe ein walnußgroßer Abszeß. Ein erbsengroßer Abszeß über dem rechten Sternoclaviculargelenk. Beim Sondieren dieses Abszesses eröffnet sich eine kirschgroße Höhle links neben dem Sternum. Rippen leicht brüchig, käsiges Mark. Linke Lunge ausgedehnt verwachsen mit käsigen Abszessen zwischen den Verwachsungen. Im Oberlappen käsig-pneumonische Herde von 10 Pfg.-Stückgröße. Rechte Lunge weniger stark verwachsen. Milz vergrößert, schlaff, mit vereinzelten senfkorngroßen Knoten. Paratracheale Lymphknoten vergrößert und verkäst, zu einem faustgroßen Paket verbacken. Lymphdrüsen der Leberpforte walnußgroß verkäst. Verkäste Mesenterialdrüsen. Nieren o. B. Im Dünndarm vereinzelte typische tuberkulöse Geschwüre. In der Vorderwand des Oesophagus in Bifurkationshöhe Einbruch der verkästen Drüsen. Tiefstand der Leber mit erbsengroßen Käseknoten unter der Kapsel.

Histologischer Befund:

Lunge: Tb.-Nekrosen.

Leber: Tb.-Nekrosen mit Riesenzellen.

Anatomische Diagnose: Generalisierte Lymphdrüsentuberkulose. Darmtuberkulose. Käsige Pneumonie des linken Lungenoberlappens.

Auswertung:

Eine 51jährige Frau wird nach kurzer ambulanter Behandlung, während der auch mehrere Rö.-Aufnahmen getätigt wurden, mit stürmischen Krankheitserscheinungen (Fieber, allgemeiner Schwäche und starkem Husten) ins Krankenhaus eingeliefert. Bei der Rö.-Durchleuchtung zeigten sich ausgedehnte intrathoracale Drüsentumoren. In der Vermutung, eine Lgr. vor sich zu haben, begann man mit Röntgenbestrahlungen der Brust, die jedoch den schnell fortschreitenden Verfall der Patientin nicht aufzuhalten vermochten. Ein Verdacht auf Tbc. bestand nicht.

Wie nach der Anamnese zu vermuten war und auch durch den Sektionsbefund bestätigt wurde, ist hier, bei dem plötzlich einsetzenden und sich nur auf kurze Zeit beschränkenden Auswurf ein Durchbruch eines tuberkulösen Abszesses in den Oesophagus erfolgt, wobei es offenbar zu sofortiger spontaner Entleerung des Abszesses kam.

Auffallend auch in diesem Fall die starke Verdichtung der Hili auf sämtlichen Röntgenbildern, besonders im 1. schrägen Durchmesser.

Zu Beginn der Beobachtung im November 1929 standen die intrathoracalen Drüsenpakete im Vordergrund, die wegen ihrer gewaltigen Ausdehnung und bei scheinbar intaktem Lungenbefund Anlaß zu Fehldiagnosen gaben und auch geben konnten.

Die Beteiligung der Lungen ist zweifellos frischeren Datums. Die bei der Sektion gefundenen käsig pneumonischen Herde im linken Lungenoberlappen sind sicher als Streuungsherde der verkästen Drüsen aufzufassen; ebenfalls die vorübergehenden im Februar bei einer Durchleuchtung festgestellten Herde der rechten Seite, die offenbar später wieder resorbiert worden sind.

Die Darmtbc. ist durch den Durchbruch der verkästen Drüsen in den Oesophagus zu erklären.

Hand in Hand mit dem stürmischen Verlauf geht auch die weitere hämatogene und lymphogene Metastasierung.

Der auf dem Rö.-Bild (Abb. 6) das Mediastinum flach überragende und sich gegen die Lunge scharf absetzende Tumor stellte ein tuberkulöses Drüsenpaket dar, und zwar handelte es sich, wie die Sektion ergab, um verkäste paratracheale Drüsen.

Um überhaupt bei sagittalen Aufnahmen sichtbar zu sein, wie auf Abb. 6, muß die Vergrößerung dieser Drüsengruppe schon erhebliche Grade erreichen.

Bei der Tuberkulose des Erwachsenen sind derartige Beteiligungen der paratrachealen Drüsen recht selten.

Auf demselben Standpunkt stehen auch Wessler und Green, die bei den Erwachsenen unter Tausenden von Tuberkulosefällen nur einige Male Drüsenpakete in diesem Bereich sahen. Dieselben Autoren halten dagegen das Mitergriffensein gerade dieser Drüsengruppe, speziell der rechtsseitigen, sehr charakt. für Lgr.

Eine ebenso deutliche Absetzung des Hilusschattens, wie im Fall 1, ist hier bei der sagittalen Aufnahme nicht festzustellen.

Zusammenfassung.

Es wird über das seltene Vorkommen der ausgedehnten Beteiligung der intrathoracalen Lymphdrüsen bei der Tuberkulose des Erwachsenen, über die Folgeerscheinungen (Perforation usw.) und über die diff. diagn. Schwierigkeiten und Möglichkeiten berichtet, die sich bei Fehlen eines röntgenologisch sichtbaren Lungenbefundes ergeben, wenn die Lymphdrüsen ungewöhnliche Ausmaße erreichen, wie sie sonst nur für die Tbc. des Kindes, speziell des jüngeren Kindes, charakt. sind.

Diese Schwierigkeiten wurden eingehend an Hand von 2 Fällen gezeigt.

Eine endgültige Diagnose konnte in Fall 1 erst nach langer Beobachtung durch den klinischen Verlauf und durch Vergleich einer ganzen Serie von Röntgenbildern gestellt werden, deren einzelnes Rö.-Bild, wie man abschließend sagen kann, wieder sehr charakteristisch ist und diesen Fall besonders auszeichnet.

In Fall 2 ergab die endgültige Diagnose erst die Sektion.

Herrn Chefarzt Dr. Wohlfarth danke ich für die Anregung zu diesem Thema und für die freundliche Ueberlassung des Materials.

Literatur.

1. **Alexander:** Beitrag klin. Tbc. 62, 1926, I.
2. **Arnstein:** Beitrag klin. Tbc. 78, 1931, III.
3. **Auer:** Rö.-Praxis 3, 1931.
4. **v. Bergmann:** Handbuch der inn. Medizin, Band I.
5. **Bernstein:** Zeitschrift für Tbc., Band 52, 1929.
6. **Engel:** Med. Klinik 1913, Nr. 9.
7. **Engel:** Med. Klinik 1929, Nr. 27.
8. **Esser:** Beiträge klin. Tbc. 63, 1926 II u. 64, 1926 III.
9. **Hauer:** Zentralblatt f. d. ges. Tbc.-Forschung, Band 35, 1931.
10. **Henke-Lubarsch:** Handb. d. Path., Band 3, I. Teil.
11. **Kodesch:** Diss.: 2 Fälle von general. Lymphdrüsentbc., Breslau 1929.
12. **Lenk:** Rö.-Diagn., der intrathoracalen Tumoren. (Handbuch der Röntgenkunde, Band I).
13. **Mandler:** Rö.-Praxis 1931, S. 151.
14. **Manoloff:** Diss.: Tbc. der Lymphdrüsen mit Perforation. Erlangen 1928.
15. **Nüssel:** Beiträge klin. Tbc. 62, 1926 I.
16. **Schulz:** Zentralblatt f. Tbc., Bd. 60, 1931 II.
17. **Sternberg:** Wiener klin. Wochenschr. 1905, S. 1214.
18. **Weßler u. Green:** J. americ. med. Assoc. 1920, Vol. 74.
19. **Vayds:** Wiener klin. Wochenschr. 1929 II.

Lebenslauf.

Am 20. Juni 1911 wurde ich zu Berlin-Steglitz als Sohn des Baumeisters Gustav F e l s m a n n und seiner Ehefrau, Erna geb. Hoch, geboren. Nach meiner Schulzeit, die ich an der Hindenburg-Oberrealschule zu Berlin-Wilmersdorf verbrachte, widmete ich mich dem Medizinstudium an den Universitäten Hamburg und Berlin. Mit dem Staatsexamen zu Berlin beendete ich im November 1936 das Studium. Ende 1937 erhielt ich meine Bestallung als Arzt.